FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1903, à 1 heure.

PAR

Maxime VITET

Né à St-Nicolas-d'Aliermont (Seine-Inf.), le 7 août 1878

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

DES

Abcès du sein pendant la grossesse chez les primipares

Président : M. TILLAUX, *professeur*

Juges : MM. TUFFIER, *professeur*
WALTHER et MAUCLAIRE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. / DUPLAY. / LE DENTU. / TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON		MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef. des travaux anat.)	
DUPRE	LEGRY		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Commandeur de la Légion d'Honneur

DES

Abcès du sein pendant la grossesse

Chez les primipares

INTRODUCTION

Nous avons été amené à faire l'étude des abcès du sein pendant la grossesse chez les primipares, parce que nous avons été frappé de certains caractères présentés par un de ces abcès observé dans la clientèle de notre Père dans le courant de l'année 1902.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de nous conformer à l'usage et d'adresser à nos différents maîtres dans les hôpitaux, nos remerciements les plus sincères.

A nos maîtres de l'école de Rouen. MM. Petitclerc, Bataille, Didier, nous adressons l'hommage de notre gratitude.

Nous n'oublierons point les bonnes leçons que nous

ont données successivement MM. Cornil, Gilbert Ballet et Grancher dont nous avons suivi les services en qualité d'externe.

Que M. le professeur Tillaux nous permette de lui adresser tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Dans les plus vieux ouvrages de médecine, on trouve des indications relatives à l'inflammation des seins. Hippocrate et Gallien en ont laissé une description.

Aristote en fait ainsi la pathogénie : « Toute la mamelle est un corps spongieux, tellement que si une femme a avalé un poil en buvant, il lui vient une maladie que l'on nomme le poil, qui subsiste jusqu'à ce que le corps étranger ait été chassé et soit sorti, ou que l'enfant l'ait tiré en tétant ».

Cette théorie subsiste jusque vers 1645, époque à laquelle Guillaume Rondelet, professeur à l'Ecole de Montpellier, fait observer que le poil, au lieu de se diriger vers les mamelles, devait descendre du côté du ventre et être expulsé par les matières fécales.

Benedetti cherche alors à démontrer que le poil se développe sur place.

Vésale et Rodrigue de Castro croient que les poils sont plutôt des filaments ou concrétions sécrétées par le lait.

Peu à peu cette théorie fait place à celle de l'engorgement laiteux. « C'est, dit Mesnard, le trop

grand et subit transport du lait qui se trouve engorgé dans les glandes, qui s'y aigrit, produisant l'abcès ».

Après la découverte, faite par Bichat, de la sécrétion du lait par la glande, on attribue l'engorgement puis l'abcès, soit à une production exagérée de lait, soit à l'étroitesse des canaux, soit à l'insuffisance ou à l'absence de succion.

Le premier, J.-L. Petit fait observer que l'inflammation des glandes mammaires peut atteindre séparément le parenchyme et le tissu graisseux qui l'entoure, ou bien que dans certains cas, la glande et le tissu cellulaire environnant peuvent suppurer ensemble.

Velpeau classe les abcès du sein, suivant leur siège anatomique, en : abcès sous-cutanés ou furonculeux ; abcès parenchymateux, et abcès diffus.

C'est le premier auteur en date qui tient compte des modalités de ces abcès pendant la grossesse. Quoiqu'il ne consacre pas de chapitre spécial à cette question il parle de la femme enceinte à plusieurs reprises et publie quelques observations d'abcès du sein chez des femmes grosses, dont trois chez des primipares. De ses cliniques, il ressort nettement que l'abcès sous-cutané est très rare pendant la grossesse ; le plus souvent, il s'agit d'un abcès glandulaire ou parenchymateux ; quelquefois il y a un simple engorgement.

En 1855, Chassaignac fait une nouvelle classification et admet deux grandes classes d'abcès :

1° Les abcès extérieurs à la glande, périmammaires ou extéromammaires.

2° Les abcès qui siègent dans le corps même de la glande, endomammaires ou intéromammaires.

Cet auteur ne fait aucune allusion à l'influence de la grossesse. Il a cependant publié un cas d'abcès du sein pendant la grossesse chez une primipare.

Dans son *Traité de pathologie externe*, Nélaton admet, d'une façon vague, l'influence d'une prédisposition générale pour faire comprendre l'évolution spontanée et lente de ces abcès chez la femme enceinte.

Bories, en 1858, dans sa thèse, fait allusion au sujet qui nous occupe pour souligner l'évolution lente de ces abcès.

M. Ricard, dans sa thèse (1880), a insisté tout particulièrement sur la pathogénie de ces abcès, et a montré l'importance des excoriations du mamelon ou de l'aréole comme porte d'entrée de l'infection. Il publie trois observations dont deux ont trait à des abcès du sein pendant la grossesse chez des primipares.

Enfin, en 1894, M. Boutet consacre sa thèse à l'étude de ces abcès pendant la grossesse. C'est le seul ouvrage qui se rapporte tout entier à la question qui nous occupe, sans cependant se rattacher uniquement aux cas relatifs aux primipares.

Les publications étrangères, allemandes et anglaises, que nous avons consultées, ne nous ont fourni aucune indication intéressante.

ETIOLOGIE.

L'abcès du sein pendant la grossesse est chose rare.

Sur 292 cas, Velpeau cite 15 cas d'abcès du sein pendant la grossesse, sans tenir compte de la primiparité ou de la multiparité des femmes observées.

Bryant, sur 102 cas, en a observé seulement deux pendant la grossesse.

Nunn, sur 72 cas, en a vu 7 pendant la grossesse.

Billroth, sur 50 cas, en a noté 4 pendant la grossesse.

Dans la statistique du service de M. Champetier de Ribes, publiée dans la thèse de Boutet, nous trouvons 2 cas de lymphangite avec induration de lobules mammaires, sur 500 observations.

D'après les recherches que nous avons faites, la mastite de la grossesse paraît être plus fréquente chez les primipares que chez les multipares. Sur 15 cas observés, 10 ont trait à des primipares.

L'abcès se rencontre indifféremment à droite et à gauche.

Le plus souvent, l'abcès est précédé d'excoriation,

d'eczéma, du mamelon. La femme se gratte, s'écorche et ouvre une porte à l'infection.

La gale explique aussi l'apparition d'un abcès du sein chez une femme enceinte. L'acare, qui a comme un des sièges de prédilection la mamelle et le mamelon, occasionne des démangeaisons violentes amenant le plus souvent des lésions de grattage.

Suivant Tarnier, le gonflement des seins peut être assez marqué pour amener des éraillures et des vergetures au niveau desquelles peuvent facilement se produire des excoriations.

L'abcès peut encore être déterminé par un coup, une chute, une violence extérieure quelconque.

Enfin le surmenage, la tuberculose, l'albuminurie, l'alcoolisme, le diabète, sont des causes prédisposantes.

L'abcès peut survenir à n'importe quelle date de la grossesse.

PATHOGÉNIE

L'inflammation de la mamelle peut être due à une infection générale ou à une infection locale.

La littérature médicale est pauvre en observations d'abcès du sein consécutifs aux grandes infections, fièvre typhoïde, septicémie, etc.

Kennig en a observé un cas après une fièvre typhoïde.

Ces abcès constituent de véritables raretés, peu intéressantes d'ailleurs à notre point de vue, la lésion locale étant un incident bien effacé par la gravité de l'état général.

Reste l'infection locale qui peut se propager par les lymphatiques ou par les conduits galactophores.

Jusqu'en 1839, il n'est pas question de l'inflammation des lymphatiques de la mamelle, Velpeau attira le premier l'attention sur la possibilité du fait. Nélaton s'empara de cette théorie et la fit sienne.

Pour expliquer l'inflammation, Nélaton suppose qu'il y a toujours comme point de départ une crevasse ou ulcération plus ou moins apparente et que l'inflammation se propage le long des lymphatiques.

Richard, Sappey, soutiennent la même théorie et, jusqu'en 1888, cette marche de l'agent pathogène est acceptée comme évidente.

Cependant, dès 1837, Velpeau disait que « les abcès glanduleux avaient presque tous leur point de départ dans l'arbre excréteur, dans les racines les plus déliées, les plus profondes des conduits galactophores ».

En 1855, Chassaignac est beaucoup plus explicite, ainsi qu'on s'en rend compte dans l'observation suivante :

« Grappinet Apolline, 18 ans, enceinte de 5 mois, première grossesse, entrée à l'hôpital St-Antoine le 11 février 1853 pour un abcès du sein gauche datant de trois semaines. Avant d'ouvrir l'abcès, j'appliquai sur l'auréole une ventouse qui détermina la sortie d'une matière purulente parfaitement reconnaissable.

Nous reconnûmes plus tard, après l'ouverture de l'abcès, qu'une communication facile existait entre les conduits du mamelon qui avait fourni du pus et l'intérieur du foyer de l'abcès, par cette raison que l'eau injectée dans ce foyer ressortait par les conduits du mamelon ; c'est là un exemple de ce que nous appelons les abcès canaliculaires, qui, dans l'état de lactation se reconnaissent, au mélange du lait avec le pus après l'ouverture de l'abcès et qui, hors de l'état de lactation, ne sont reconnaissables qu'à la sortie du pus par les conduits de la glande ».

Cette théorie a été adoptée par MM. Duplay, Lannelongue, Bouchacourt, Budin, Tripier et Spiegel-

berg. M. Budin l'a exposée d'une façon très complète dans ses cliniques de 1888.

M. Duplay faisait deux objections à la théorie lymphatique : 1° L'intégrité fréquente des ganglions de l'aisselle dans les phlegmons glandulaires;

2° La propagation de l'inflammation en sens inverse de la lymphe.

L'inflammation, d'après les partisans de la galactophorite, peut se produire qu'il y ait ou non excoriation. Dans le cas de crevasses ou d'ulcérations, ces crevasses sont en quelque sorte le bouillon de culture où se déposent et se multiplient les microbes, qui cheminent ensuite le long des canaux excréteurs pour arriver peu à peu aux acini. Quand il n'y a pas d'érosions, les microorganismes trouvent comme porte d'entrée les orifices naturels des conduits lactés.

Comme arguments à l'appui de la théorie de la galactophorite, M. Delbet insiste sur la localisation fréquente de l'inflammation à un lobe de la glande, phénomène inexplicable avec la théorie lymphatique.

Cette théorie de l'infection du sein s'appuie sur des observations cliniques et des examens microbiologiques.

Bumm, chez une femme qui n'avait aucune plaie du mamelon ou de l'auréole, vit un abcès du sein et put trouver dans le pus des diplococcis en grande quantité.

Cohn, dans le pus de trois phlegmons du sein a trouvé le staphylococcus pyogènes aureus.

M. Vignal a rencontré une fois le streptococcus pyogènes aureus, et dix-huit fois le staphylococcus aureus et le staphylococcus albus.

Mme E. Merritt a recueilli le lait de trente femmes pour en faire l'examen ; quinze de ces femmes étaient bien portantes, les autres avaient des crevasses. Chez treize de ces dernières, elle a trouvé des colonies de staphylococcus albus et aureus. Parmi les femmes au mamelon intact, elle a trouvé trois fois le staphylocoque blanc et une fois un mélange de staphylococcus albus et aureus.

D'après Ringel, très souvent le lait contiendrait des microbes ; il en a trouvé dans le lait de onze femmes bien portantes sur douze examinées à ce point de vue.

Charrin, en 1895, constate l'existence du staphylocoque dans le lait de femmes accouchées et bien portantes.

Certains abcès du sein à la suite de contusions peuvent s'expliquer par la présence constante de ces microbes dans le lait. Ils pourraient se multiplier et développer un travail morbide aux dépens des éléments contus, meurtris.

Ainsi Galippe a vu des pressions un peu vives produire, sans déchirure des téguments, l'apparition d'abcès.

Berthus a fait une observation analogue.

Köstlin a examiné, au point de vue bactériologique, la sécrétion mammaire de 100 femmes enceintes,

137 nourrices et 60 nouveau-nés. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° Le lait contenu dans les seins des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés renferme des microbes dans la majorité des cas dans la proportion de :

86 o/o chez les femmes enceintes
91 o/o chez les femmes accouchées
75 o/o chez les nouveau-nés.

2° A de rares exceptions près, il s'agit de staphylocoques, particulièrement de staphylocoques blancs.

On ne peut guère admettre que ces microbes ont suivi les lymphatiques ; ils proviennent généralement d'une auto ou d'une hétéro-infection.

Auto-infection ; la femme peut posséder des éléments infectants sur des mamelons, peut les y transporter par des attouchements malpropres, ses mains s'étant infectées dans un contact avec ses organes génitaux, avec un furoncle, un abcès quelconque.

Les personnes de l'entourage, les linges qui sont en rapport avec les seins peuvent transporter les microbes.

Chez la femme enceinte, la sécrétion lactée étant très faible, le sein n'étant pas exposé aux contaminations par la bouche de l'enfant, nous pouvons admettre que le lait ne contient que des staphylocoques non virulents et que le microbe, nécessaire à la production de l'inflammation, vient du dehors.

Presque toujours, il pénétrera par une plaie du

mamelon, causée soit accidentellement, soit par un eczéma ou la gale,

Dans certains cas, comme nous l'avons déjà signalé, à la faveur d'un traumatisme, un abcès peut se développer dans la glande ; il faudra admettre alors, étant donné l'absence de plaie, d'excoriation, que le traumatisme a exalté la virulence des microbes contenus normalement dans le lait.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On ne constate pas de prédominance notable dans le développement de l'abcès d'un côté ou d'un autre.

Cataliotti, dans sa thèse, s'appuie sur les expériences de Kuschelewski pour admettre que « au début de la grossesse, le tissu conjonctif semble être le premier atteint, tandis que dans les divers temps de l'état gravidique, l'élément glandulaire est pris le premier ».

Nous n'avons pas trouvé de documents relatifs à l'anatomie pathologique de l'abcès du sein pendant la grossesse. Comme elle doit être analogue à celle des abcès de la glande en général, nous rappellerons les lésions que l'on observe.

On admet généralement aujourd'hui que l'infection a lieu par les conduits galactophores et qu'elle se propage de l'extérieur vers les culs-de-sac de la glande.

A ce moment, dit Bumm, la prolifération rapide des microorganismes dans l'intérieur des acini détermine une fermentation du lait, dont le sucre est transformé en acide lactique et acide butyrique. La

caséine se coagule. Les culs-de-sac glandulaires dilatés sont remplis d'un réseau de caséine coagulée qui emprisonne des colonies microbiennes. Dans les parois des acini il se produit alors une vive réaction inflammatoire. On observe le gonflement des cellules épithéliales, leur desquamation et leur disparition. En même temps, il se produit un envahissement du tissu conjonctif interacineux par un grand nombre de globules blancs. Ces globules blancs pénètrent jusque dans les culs-de-sac glandulaires. Les microbes, de leur côté, envahissent le tissu conjonctif, le détruisent, et, à la place d'un lobule glandulaire, on assiste à la formation d'un foyer purulent miliaire. Plusieurs lobules peuvent ainsi être transformés en foyers purulents. Les petits foyers voisins se réunissent entre eux et tout un lobe est détruit et transformé en une cavité purulente. Cette cavité est irrégulière, anfracteuse, divisée en plusieurs loges par des cloisons incomplètes. Des lambeaux de tissu conjonctif flottent dans le pus. Les parois du foyer sont formées par une épaisse membrane granuleuse qui oppose une barrière à l'inflammation et arrête les microbes.

Ces abcès ont une tendance à s'ouvrir à la peau. Dans certains cas, le pus peut fuser et envahir ou bien le tissu cellulaire sous-cutané où il peut s'étendre en nappe, ou bien le tissu conjonctif rétro-mammaire, où il forme alors l'abcès postéro-mammaire de Chassaignac. Dans certains cas, l'abcès peut fuser et s'étaler à la fois en avant et en arrière de la

mamelle, formant ainsi deux foyers séparés par toute l'épaisseur de la glande et communiquant entre eux à travers la glande par un trajet plus ou moins long et plus ou moins sinueux ; on a alors l'abcès en bouton de chemise, de Velpeau.

Les abcès développés dans chaque lobule glandulaire peuvent rester isolés ; dans ce cas, le sein est transformé en une sorte d'éponge purulente criblée d'orifices par lesquels suinte le pus. On a observé parfois, à la suite de cette transformation du sein en éponge purulente, l'élimination complète de la glande par ces orifices.

Lorsque le pus est évacué, soit spontanément, soit par une incision, la cavité a une tendance à se fermer. On voit des bourgeons charnus couvrir les parois de cette cavité, la rétrécir et la combler peu à peu. Il persiste toujours pendant un temps variable une induration plus ou moins accentuée.

Dans d'autres cas, et cette modalité s'observe surtout chez les femmes enceintes, il s'établit des fistules interminables, qui épuisent les malades par une suppuration abondante et continue.

Si l'abcès s'est ouvert par le mamelon, celui-ci peut rester définitivement déformé du fait de la rétraction cicatricielle et rendre l'allaitement très difficile, sinon impossible.

SYMPTOMES

Le début de l'affection est généralement assez obscur.

La malade se plaint de malaise, d'inappétence, de courbature ; la peau est chaude, la langue chargée. Le sommeil est difficile. La station debout devient pénible. La température monte à 40°. Du côté du sein, dans les cas où il n'y a qu'une lymphangite, on voit partir de l'aréole des stries rosées disparaissant momentanément par la pression et circonscrivant des ilots de peau saine. Par suite de leur fusion, ces stries se transforment un peu plus tard en véritables plaques rouges. On constate un léger œdème.

La malade éprouve à cette période une sensation de chaleur, une douleur vive, non lancinante, qui se propage aux ganglions axillaires. Ceux-ci sont

engorgés. Lorsque l'affection se termine par résolution, les phénomènes généraux s'amendent et les symptômes locaux disparaissent insensiblement.

Mais l'inflammation peut s'étendre et donner lieu à un phlegmon sous-cutané. Dans ce cas, la tension, la rougeur, l'empâtement, les douleurs augmentent ; celles-ci deviennent lancinantes. Au bout de 8 à 10 jours, la fluctuation est perceptible; la peau s'amincit.

Laissé à lui-même, l'abcès évolue lentement et s'ouvre spontanément.

L'évolution de l'abcès glandulaire est moins rapide que celle des phlegmons sous-cutanés. La malade se plaint de malaises, frissons, fièvre. Le sein est le siège d'une sensation de douleur, de pesanteur. Puis la température s'élève, peut atteindre 40°, pendant que la douleur devient très vive. La mamelle se tuméfie et se déforme plus ou moins, suivant que l'inflammation occupe un lobe profond. Cette déformation siège le plus souvent à la partie externe. La peau garde son aspect normal et il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

La palpation permet de constater la présence d'une tumeur globuleuse, du volume d'une noix à une mandarine, très douloureuse à la pression, à surface mamelonnée et contours peu nets, sans adhérences à la peau mais faisant corps avec la glande.

Dès le début, par la pression, on peut faire sourdre

du mamelon du pus mêlé à du lait. Ce pus s'écoule en quantité très variable.

Lorsqu'on abandonne la maladie à elle-même, le pus se collecte et on peut sentir la fluctuation. Elle est d'abord très profonde et très difficile à percevoir; mais, peu à peu, la collection se rapproche de la superficie et la fluctuation devient plus nette. La peau est envahie, change de coloration, s'amincit puis se perfore et le pus s'écoule. C'est la terminaison la plus favorable et la plus fréquente.

Au lieu de s'ouvrir directement, le pus peu s'étaler sous la peau ou envahir le tissu cellulaire sous-mammaire, donnant naissance à l'abcès en bouton de chemise, de Velpeau.

Le pus peut devenir fétide et se mélanger de gaz sans que la cavité purulente communique avec l'air ou avec les voies respiratoires.

Le phlegmon sous-mammaire a une évolution rapide. La région entière est gonflée ; le sein projeté en avant ; la peau chaude, de coloration normale. On voit bientôt un bourrelet d'œdème entourer la circonférence de la base de la mamelle. Si on cherche à refouler le sein en arrière, on éprouve une résistance élastique. Pour sentir la fluctuation, il faut placer une main à la périphérie de la glande et, avec l'autre, repousser tout le sein en arrière.

La fièvre est intense et l'état général sérieux.

Si on n'intervient pas, le pus peut se faire jour à l'extérieur ou bien fuser sous la peau des régions voisines et produire des décollements étendus. Il peut

encore perforer un espace intercostal et faire irruption dans la plèvre.

Le phlegmon diffus est la variété la plus grave des abcès du sein. Il s'annonce par des douleurs très vives donnant une sensation de constriction. La mamelle très gonflée, uniformément dure, et extrêmement douloureuse, prend une coloration rouge violacé, diffuse. L'état général est grave dès le début : frissons, fièvre vive, soif ardente, adynamie profonde, état septicémique redoutable. Rapidement l'induration fait place en certains points à des plaques rouge sombre, ramollies, brunâtres qui se sphacèlent. Par les orifices ainsi créés il s'écoule un liquide sanieux et bientôt un pus ichoreux mêlé de sang et de lambeaux gangrénés de tissu cellulaire. En pareil cas, toute la mamelle est infiltrée de pus.

Cette forme expose à des complications pulmonaires, à la perforation d'un espace intercostal, à la pénétration du pus dans la plèvre.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

Un point est spécial aux abcès de la grossesse, c'est leur longue durée, qui a été observée par tous les auteurs.

« La marche des abcès du sein pendant la grossesse semble être chronique d'emblée », dit Després.

Bouis écrivait dans sa thèse, en 1858 : « l'évolution de l'abcès est particulièrement longue lorsque l'affection a débuté pendant la grossesse. Ici, en effet l'afflux physiologique des liquides qui donnent probablement lieu à la phlegmasie continue sans cesse son action. Aussi, les soins les mieux dirigés sont-ils souvent impuissants à guérir la suppuration qui semble intarissable. Pour que la maladie ait sa fin, il faut presque toujours que l'accouchement ait lieu ».

Dans les observations de Velpeau, on voit un ou deux cas de suppuration rebelle se terminer très rapidement avec la fin de la grossesse. Il y a même des cas, et l'observation X que nous avons trouvée dans les cliniques de Velpeau en est un exemple, où ces suppurations anémient, fatiguent la femme et peuvent

amener un état cachectique intense qui se termine par la mort.

Dans les abcès fistuleux, la guérison peut être longue et difficile à obtenir : les fistules peuvent persister pendant des mois.

L'évolution de l'abcès peut s'arrêter alors que la suppuration est encore intracanaliculaire si le traitement survient à temps.

Les abcès intralobaires peuvent évoluer simultanément ou bien successivement. Dans ces derniers cas, on observe souvent la persistance de fistules très difficiles à fermer.

Dans les abcès sous-mammaires, la suppuration peut envahir les régions voisines, se propager à la plèvre et entraîner rapidement la mort.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic, au début, peut présenter quelque difficulté entre l'abcès et l'engorgement laiteux. Mais dans l'engorgement laiteux, il n'y a pas de fièvre, tandis que l'abcès est toujours accompagné d'une élévation de température.

En général, le diagnostic d'abcès du sein s'impose. Pour faire celui de la variété, il nous suffira de rappeler les principaux signes des différentes formes. La lymphangite superficielle est caractérisée par des traînées roses, un gonflement superficiel, une douleur cuisante. Si on recherche l'état des ganglions axillaires, on constate qu'ils sont augmentés de volume.

Le phlegmon sous-mammaire présente, comme symptômes, un gonflement diffus du sein qui est comme soulevé et projeté en avant, avec empâtement ou fluctuation à la base, sans rougeur de la peau.

Dans l'abcès glandulaire, on observe des bosselures circonscrites, enchâssées dans la glande, sans changement de couleur des téguments, sans adénite.

La recherche du signe de Chassaignac tranchera la difficulté si on hésite entre un phlegmon sous-mammaire et l'inflammation d'un lobe profond de la glande. S'il s'agit d'un phlegmon diffus, les symptômes locaux, douleurs intenses, coloration violacée de la peau, dureté de l'organe, sont accompagnés de phénomènes généraux intenses.

A la période de fistules, on cherchera à remonter à l'origine. Dans les cas douteux, on aura recours à l'examen bactériologique qui pourra, seul, trancher la question.

On pourra encore avoir à faire le diagnostic avec le cancer des femmes enceintes. Dans ce cas, le sein est dur, comme injecté au suif, il y a peu ou pas de fièvre.

Dans la tuberculose de la glande mammaire, la marche chronique de la maladie, la présence de ganglions axillaires tuméfiés, la coexistence d'autres lésions tuberculeuses aideront à faire le diagnostic.

PRONOSTIC

Au point de vue de la vie de la malade, de l'évolution de la grossesse, le pronostic est bénin. Quelquefois, ainsi que nous l'avons déjà signalé en parlant de la terminaison de la maladie, la suppuration a amené la mort de la femme, mais c'est là un fait exceptionnel. Cependant, dans la mastite totale, le pronostic est toujours grave.

En ce qui concerne les fonctions de la glande, Bouchacourt a dit : « Il n'est pas rare de voir un sein autrefois abcédé se trouver impropre à la lactation. Des acini, en nombre souvent considérable ont été oblitérés par la cicatrisation ou bien, dilatés, ils constituent de petites tumeurs contenant du lait, du sang ou des éléments épithéliaux. La quantité de lait que pourrait fournir la glande se trouve donc considérablement diminuée par suite de l'altération des éléments sécréteurs ou de l'oblitération des canaux excréteurs ».

Ajoutons qu'à la suite de l'inflammation, il se fait, dans certains cas, une rétraction des conduits galac-

tophores qui peut effacer le mamelon et produire même, à la place, une sorte d'infundibulum, d'où résulte un obstacle insurmontable à la succion.

Lorsque la phlegmasie aiguë passe à l'état chronique, ce qui a lieu dans quelques cas, elle laisse des noyaux indurés qui peuvent parfois en imposer pour des tumeurs de mauvaise nature.

D'après plusieurs statistiques, l'abcès du sein prédisposerait dans une certaine mesure au développement ultérieur du cancer.

L'abcès du sein peut être suivi de sclérose des lobules et l'on a alors ce qu'on a appelé la mammite noueuse ; dans ce cas, la glande est impropre la lactation.

TRAITEMENT

Dans la pathogénie nous avons vu que les microbes peuvent pénétrer directement dans les canaux galactophores ou bien acquérir d'abord leur virulence dans les excoriations du mamelon. Etant données ces connaissances et le développement de la méthode antiseptique, on est en droit d'espérer que les abcès du sein pendant la grossesse, déjà rares, diminueront encore de fréquence.

Ici, plus que partout ailleurs, est vrai le grand principe : « il vaut mieux prévenir la maladie que la guérir ».

Nous étudierons donc le traitement prophylactique en premier lieu, puis nous parlerons des différents moyens curatifs de l'abcès constitué.

I. — *Traitement prophylactique.*

Nous ne prétendons pas soumettre toutes les femmes enceintes, pendant le cours de leur grossesse, à des lavages et à des pansements protecteurs des seins. Nous n'avons même pas l'intention d'astreindre à ces soins toutes les primipares, puisque c'est chez elles que l'on trouve le plus fréquemment l'abcès du sein pendant la gestation.

Cependant, étant donnée l'étiologie de ces abcès, il est de toute évidence que l'application sur le mamelon, pendant la grossesse, d'un pansement antiseptique non irritant, avec des lavages assez fréquents, détruira les germes qui peuvent exister sur cette région et empêcher l'apport de staphylocoque du dehors. Les écorchures seront évitées, et des crevasses, si malgré tout il en existe, guériront vite et ne s'infecteront pas.

Dès que l'on constatera sur un sein, pendant la grossesse, une porte d'entrée pour le microbe, il faudra chercher à la fermer le plus rapidement possible. On soignera l'eczéma du mamelon avec les glycérolés, les pommades à base d'oxyde de zinc, d'acide borique, d'amidon. La femme devra en

outre recourir à un véritable pansement antiseptique.

Dans le cas d'ulcération de l'aréole ou du mamelon, il faudra redoubler de soins et appliquer un pansement humide étendu. On pourra faire usage de compresses de tarlatane bouillies et imbibées d'une solution antiseptique faible que l'on recouvrira de taffetas gommé.

En outre de l'état local, il faudra surveiller l'état général de la femme grosse ; on traitera l'anémie, le diabète, etc., en un mot toutes les affections que nous avons signalées comme des causes prédisposantes de l'abcès du sein.

La prophylaxie sera impuissante à prévenir les abcès survenant dans le cours d'une maladie infectieuse ou développés à la suite d'un traumatisme.

Chez une femme atteinte de gale, on appliquera avec circonspection le traitement de l'affection, en veillant à ce que ce traitement irritant ne lui occasionne pas d'eczéma du mamelon. On traitera les lésions de grattage comme des ulcérations.

II. — *Traitement curatif.*

Contre la lymphangite, deux traitements combinés réussissent très bien ; ce sont la compression et le pansement humide.

Quand l'inflammation est survenue, il est possible d'éviter l'abcès en ayant recours au traitement entrevu par Chassaignac et préconisé par M. Budin : par des pressions répétées plusieurs fois par jour sur la glande, on extrait le pus contenu dans les canaux galactophores.

Quand l'abcès est formé, il faut évacuer le pus. Gosselin, effrayé par la fréquence de l'érysipèle, recommandait la temporisation à outrance, laissant l'abcès s'ouvrir spontanément à l'extérieur.

Comme on ne craint plus l'érysipèle et que la temporisation expose à des complications et prolonge les douleurs des malades, il faut intervenir.

Plusieurs modes d'intervention ont été proposés.

Bœckel a proposé l'évidement méthodique du sein, il avait ainsi obtenu la guérison sous un seul pansement.

Hache, en 1892, préconise la compression uniforme et énergique après incision ; il supprime les drains qui rendent la compression douloureuse et retardent la guérison.

Giuseppe Guerra, en 1894, dans une thèse inspirée par le professeur Vauchez, recommande le drainage à outrance ; il aurait ainsi obtenu des guérisons sans grande cicatrice.

Pour éviter des cicatrices visibles, M. Félizet incise au thermocautère dans les plis sous-mammaires et flambe la cavité de l'abcès au chalumeau.

On aura recours de préférence à l'incision large suivie du drainage et d'un pansement compressif.

Dans le cas de fistule purulente rebelle, résistant aux injections modificatrices, à la cautérisation, au débridement, M. Pierre Delbet conseille de faire l'extirpation du trajet ou de recourir à l'évidement, suivant le procédé de Bœckel.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Le 20 septembre 1902, mon père est appelé près de la femme Angèle D..., 25 ans. Cette femme d'une bonne santé habituelle, est enceinte pour la première fois. Ses dernières règles datent du 25 janvier 1902.

Vers le deuxième mois de sa grossesse, cette femme se contusionne le sein gauche sur le rebord de sa voiture, par suite de la chute du cheval qu'elle conduisait. Le médecin qui la vit à cette époque ne constata rien d'anormal du côté du sein d'après les dires de la malade.

Depuis cette chute, cette femme ressentit constamment des

douleurs peu violentes dans le sein gauche, sans remarquer cependant de changement appréciable dans le volume et la consistance de cette glande.

Depuis une quinzaine de jours, c'est-à-dire depuis le premier septembre environ, les douleurs seraient devenues beaucoup plus intenses, et, peu à peu, le sein aurait augmenté de volume.

Les douleurs devenant extrêmement vives et la malade perdant l'appétit, on se décide à appeler mon père, qui était le médecin de la famille.

On constate alors que le sein gauche a pris un volume considérable, tout en ayant conservé sa forme à peu près normale. La peau est tendue, d'un rouge foncé, surtout à la partie interne de la mamelle. On ne trouve pas d'érosion, ni d'eczéma du mamelon.

La palpation, très douloureuse, permet de sentir de ce côté une masse irrégulière, paraissant faire corps avec la glande. La fluctuation est perçue assez difficilement.

Pas d'engorgement des ganglions.

La température avoisine 39°, la langue est saburrale, l'appétit a complètement disparu.

Une incision large et profonde, faite à la partie interne du sein, au point le plus fluctuant, donne issue à une grande quantité de pus, mélangé de sang. Par la plaie, on introduit une mèche de gaze stérilisée dans la cavité de l'abcès, et on fait un pansement compressif.

Le lendemain, les phénomènes généraux se sont amendés. Le pansement est changé. Une certaine quantité de pus s'est encore écoulée.

Le 10 octobre. — La suppuration est peu abondante, mais

persiste. On continue les pansements compressifs.

Le 25 octobre. — La plaie n'est pas encore guérie ; il reste toujours une fistule.

Le 29. — La malade accouche de deux jumelles qui sont élevées au biberon. L'accouchement ne présente rien de particulier.

Le 2 novembre.—La partie externe du sein gauche devient douloureuse et se tuméfie.

Le 4.—Cette tuméfaction devenue fluctuante est incisée et pansée comme le premier abcès.

A partir de cette époque, la marche vers la guérison fut régulière et survint sans nouvel incident.

A la fin de novembre, le deuxième abcès était complètement guéri ainsi que la fistule qui s'était établie à la suite de l'incision du premier.

Cette femme est actuellement enceinte de sept mois environ. On ne trouve dans le sein gauche aucune nodosité, reliquat des abcès dont elle souffrit il y a un an.

OBSERVATION II

Thèse Boutet, 1894, Paris.

Abcès du sein à 7 mois chez une femme enceinte. Incision. Guérison avant l'accouchement.

La nommée Gabrielle M..., âgée de 23 ans, primipare, enceinte de 7 mois. Pendant presque toute sa grossesse elle a eu des démangeaisons très vives du mamelon et de l'aréole, causées par des lésions eczémateuses peu accusées de cette région. Ses seins ont beaucoup augmenté de volume et sont devenus très tendus. Elle a eu à plusieurs reprises des écorchures sur le mamelon.

L'abcès a débuté brusquement sur le sein gauche par de la lymphangite, de l'induration des lobules glandulaires dans la partie inférieure de ce sein, qui est devenu extrêmement douloureux, même à la simple pression des vêtements. Il y a eu de l'engorgement des ganglions axillaires et de la fièvre (39°), avec frisson le premier jour.

Au bout de cinq jours la lymphangite avait disparu, le sein était moins douloureux, mais on commençait à percevoir en place de l'induration, de l'empâtement œdémateux, bientôt

remplacé par de la fluctuation véritable. Il y avait à la partie inféro-externe du sein gauche une petite collection suppurée. On incise largement l'abcès, il en sort une cuillerée à bouche de pus phlegmoneux ; on lave la cavité à la liqueur de Van Swieten, on touche ses parois avec un tampon de ouate imbibé de teinture d'iode, on met une mèche de gaze iodoformée et l'on achève le pansement. Tous les jours la plaie est lavée au sublimé, puis badigeonnée au naphtol camphré. La suppuration diminue de jour en jour. Aucun nouveau foyer de suppuration ne se montre, ni dans ce sein, ni dans celui du côté opposé. Un mois après l'incision, la cicatrisation était achevée. Nous avons revu la malade depuis ; elle a pu allaiter son enfant avec ce sein, sans la moindre douleur, ni la moindre inflammation.

OBSERVATION III

Thèse Boutet, 1894, Paris.

Lymphangite et induration du sein droit, chez une femme enceinte de 6 mois. Guérison par le pansement humide compressif.

La nommée M..., âgée de 19 ans, entre le 7 avril 1894, dans le service de M. Champetier de Ribes, à Tenon, chambre n° 1.

Elle est domestique. Depuis huit jours elle souffre du sein droit. Jusque-là sa grossesse avait été normale. C'est en effet une primipare à son sixième mois de grossesse.

Il est impossible de découvrir la cause de sa lymphangite du sein. Ses mamelons sont en bon état ; elle dit n'avoir jamais eu d'écorchure ni d'eczéma de l'aréole. Elle-même est bien portante, et n'a pas eu de contusions du sein.

Cependant on constate une invasion lymphangitique très nette de la moitié externe du sein droit, sans adénite axillaire. Plusieurs lobules glandulaires de cette moitié du même sein sont indurés et douloureux au palper. Mais, à la pression, on ne peut pas faire sortir du pus par le mamelon. On n'obtient ainsi que quelques gouttelettes de lait. L'autre sein est normal. La malade dort très bien, souffre peu, et n'a jamais eu de fièvre.

On applique sur le sein malade un pansement humide, fait de huit doubles de tarlatane bouillie trempée dans la liqueur de Van Swieten, recouverte de taffetas gommé, et d'une couche épaisse d'ouate, le tout maintenu par une bande de tarlatane comprimant fortement. Ce pansement est renouvelé tous les jours. Le quatrième jour, la lymphangite a totalement disparu, mais les lobules glandulaires sont encore perceptibles. On continue la compression jusqu'au 21 avril, date de sortie de la malade, et alors la guérison est complète.

OBSERVATION IV

Thèse Pingat 1891.

Abcès du sein gauche chez une femme enceinte de cinq mois.

La nommée F..., Clémentine, âgée de 19 ans, entre le 29 avril 1890 à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le Dr Lancereaux.

Elle se plaint de troubles dyspeptiques, de maux de tête et d'une vive douleur au niveau du sein gauche.

La malade est placée au nº 10 de la salle Lorain.

Un examen superficiel permet de constater que l'on a affaire à une femme peu soigneuse d'elle-même et qui oublie volontiers les soins de propreté. La région abdominale attire au premier abord l'attention. On constate la présence d'une tumeur molle qui remonte un peu au-dessous de l'ombilic, dans laquelle on sent des parties fœtales et au niveau de laquelle l'auscultation permet d'entendre nettement des battements précipités beaucoup plus rapides que ceux de la mère.

Les règles, au dire de la malade, sont irrégulières, elle ne sait quand elles ont apparu pour la dernière fois.

En présence de ces signes et de ceux fournis par le toucher,

malgré les vives dénégations de la femme, une grossesse est évidente.

Les deux seins normalement développés sont le siège d'une circulation veineuse supplémentaire ; les vésicules de Montgomery sont très apparentes. Des deux côtés le mamelon est recouvert de croûtes noirâtres dues à du clostrum qui s'est écoulé et a séché sur place. Pas d'ulcérations bien nettes ni de fissures. Du côté gauche à la région externe de la mamelle, on sent un vaste empâtement douloureux, la peau de l'aréole est rouge, lisse, chaude et tendue ; un peu de fluctuation semble exister.

La malade se plaint de mal digérer, d'avoir des insomnies, de l'anorexie, de la fièvre et de souffrir beaucoup du sein gauche. Repos et régime tonique.

Le sein gauche est couvert de compresses d'eau de sureau.

3 mai. — Le sein est de plus en plus douloureux. La fluctuation est bien nette.

Incision qui fait sortir deux cuillerées à bouche environ, de pus bien lié. Drainage, pansement antiseptique.

Les jours suivants les pansements sont continués régulièrement.

La malade, indocile, ne se laisse pas volontiers soigner, Elle reconnaît qu'elle est enceinte d'environ cinq mois, qu'elle le sait et, qu'à son arrivée, elle a voulu nous tromper.

20 mai. — La malade quitte le service. Le sein gauche est encore douloureux et n'est point encore guéri.

OBSERVATION V

Thèse Pingat 1891.

Abcès du sein pendant la grossesse, consécutif à des écorchures ayant pour causes les grattages dus à un prurit parasitaire.

La nommée Sch... Marie, âgée de 23 ans, cartonnière, entre le 21 novembre 1890 à la clinique d'accouchements.

Cette femme qui est grande et robuste et assez soigneuse d'elle-même, s'est toujours bien portée ; elle n'a jamais eu d'enfants et a toujours été réglée régulièrement jusqu'au mois de mai 1890, époque à laquelle les règles ont apparu pour la dernière fois.

Ce qui amène cette femme à la clinique, c'est une grossesse d'environ sept mois. et un abcès du sein droit datant, à ce qu'elle raconte, d'environ deux mois.

En examinant le sein droit, on constate en effet qu'il est rouge, chaud, dur et douloureux. On voit autour de l'aréole un certain nombre de petits orifices, d'où s'écoule à la pression un pus jaunâtre mêlé de sang ; à l'aide d'un stylet, on tombe dans des poches multiples avec diverticules nombreux,

En examinant alors la malade d'une façon un peu plus complète, on constate qu'elle porte sur différents points du

corps, le ventre, les avant-bras, l'aisselle et le sein droit, des excoriations et de longues éraillures superficielles semblant produites par des frictions énergiques à l'aide des doigts.

La malade interrogée raconte que depuis une époque éloignée, qu'elle ne saurait nettement préciser, elle est atteinte de prurit avec exacerbations nocturnes, prurit qui la pousse à se gratter jusqu'au sang.

Ce prurit était antérieur à l'abcès du sein, car la malade reconnaît s'être gratté et écorché le sein droit plusieurs fois avant le début dudit abcès.

En présence de tous ces symptômes, bien que l'on ne trouvât point de traces nettes de sillon, le diagnostic de gale s'imposait ; les frictions à l'essence de lavande, que l'on pratique dès le lendemain, firent du reste, en quelques jours, cesser le prurit. L'abcès du sein fut incisé largement en divers points, drainé et pansé antiseptiquement,

Pansements et nouvelles incisions en décembre et en janvier 1891.

Le 2 février, la malade, dont le sein n'est point encore complètement guéri, et qui a encore un drain, accouche à midi, d'un enfant bien portant et à terme.

Suites de couches normales. La femme n'allaite pas, aussi les seins deviennent un peu douloureux au moment de la montée du lait. Ces phénomènes cessent grâce à un peu de compression.

A la fin de février, la malade quitte la clinique complètement guérie.

OBSERVATION VI

Thèse Ricard 1880.

Abcès du sein ayant débuté par des crevasses chez une femme enceinte de 8 mois environ

Marie Binet, 20 ans, domestique, entre le 10 janvier 1880 à la Maternité, salle Ste-Adelaïde, n° 1, service de M. Tarnier. C'est une grosse fille à la lèvre supérieure épaisse, d'aspect lymphatique, ayant eu, dit-elle, beaucoup de coups d'air dans les yeux vers l'âge de 7 à 8 ans. Elle ne présente actuellement aucune trace de ces ophtalmies ; du reste, sauf une rougeole à l'âge de 3 ans, elle n'a jamais fait de maladies sérieuses.

Elle a été réglée à l'âge de 15 ans et depuis a vu venir ses règles toujours très régulièrement. Elle n'a jamais eu de pertes blanches, sauf depuis qu'elle est enceinte.

Elle est enceinte pour la première fois ; ses règles ont paru pour la dernière fois le 15 avril, et ont duré trois jours ; elle est donc à peu près à terme au moment où elle entre dans le service.

Cette malade a des seins volumineux, les mamelons sont effacés et recouverts de pellicules épidermiques très abon-

dantes ; elle a des habitudes de malpropreté. mais n'a cependant de parasites d'aucune espèce.

Vers le mois de décembre dernier, c'est-à-dire au huitième mois de sa grossesse, elle a eu le mamelon du sein gauche excorié par des crevasses dues au froid ; elle ne se rappelle pas avoir reçu de coups ; ces crevasses étant le siège de prurit assez vif, elle les grattait et les écorchait souvent ; aussi, voyant qu'elle n'avait aucune tendance à guérir, elle alla consulter un médecin qui lui fit appliquer à ce niveau une pommade, dont elle ne se rappelle plus la composition ; mais, au lieu de diminuer, l'irritation ne fit qu'augmenter. Sur la partie latérale gauche du sein, une grosseur ne tarda pas à se montrer ; cette grosseur, pour employer ses propres expressions, ressemblait à une glande. Enfin, peu à peu, le sein malade est devenu plus gros et douloureux en même temps.

Au moment où elle entre à l'hôpital, où elle s'est décidée à venir, parce que, depuis quinze jours, elle souffre beaucoup de ce sein, qu'elle ne peut dormir, qu'elle a de la fièvre, le sein gauche est très volumineux et très tendu. Sur la partie externe on sent une masse dure, très douloureuse, qui paraît comme enchâssée dans le sein et occupe la moitié de l'organe. La peau qui recouvre cette masse présente une teinte rosée uniforme qui tranche bien avec la coloration normale des parties voisines. Le mamelon et l'aréole qui est très pigmentée sont en dehors de la zone rouge ; on y voit des traces d'excoriations à peu près guéries maintenant.

En pressant légèrement sur la partie enflammée, on constate un peu d'œdème ; on sent également la fluctuation dont la recherche est très douloureuse, mais on la sent cependant

très nettement, quand on met les doigts explorateurs à une certaine distance l'un de l'autre (2 à 3 centimètres), ce qui prouve d'une façon incontestable qu'il y a une grosse collection de pus.

La malade a la peau chaude, la langue sale ; elle a perdu l'appétit. Dans l'aisselle correspondant au sein malade, on trouve sous le grand pectoral deux ou trois ganglions, gros comme des noisettes, très douloureux ; il n'existe aucune rougeur ni aucune modification de la peau à leur niveau.

Le 20 janvier.—L'abcès est ouvert à l'aide d'une large incision ; il s'en écoule un demi-litre de pus environ. Ce pus est épais, jaune, très louable. On fait dans la cavité de l'abcès une injection phéniquée au quarantième ; on place un drain et on applique un pansement de Lister. La malade est aussitôt soulagée et se lève dans la journée.

21 janvier. — Le même pansement est appliqué ; il s'est écoulé très peu de pus par la plaie.

23 janvier. — Même état, même pansement.

24 janvier. — Il ne sort plus qu'une quantité insignifiante de pus ; le drain ne s'enfonce plus que de deux centimètres ; autour de la cavité de l'abcès considérablement diminué, on trouve une masse indurée douloureuse ; la malade sort du service. Quelques jours après, elle était complètement guérie ; il ne lui restait plus qu'un peu d'induration au niveau de la partie malade.

OBSERVATION VII

Thèse Lefevre, 1856.

Abcès du sein succédant à une érosion chez une femme enceinte.

La nommée Esther N..., âgée de 18 ans, ouvrière en corsets, entre le 13 mars 1855 à la Charité.

Cette jeune fille, blonde, lymphatique, d'une bonne santé habituelle, ne présente aucun signe de tuberculose.

Six semaines avant son entrée, un bouton apparaît au sein droit ; elle le gratte et le déchire de manière à l'entretenir et retarder la guérison. Sur ces entrefaites, elle reçut trois semaines après ou environ, deux légers coups de coude à partir desquels, sans autre cause apparente appréciable, le sein devint le siège de douleurs assez vives accompagnées de rougeur et de gonflement.

14 mars. — Nous constatons les signes suivants : sein droit triplé de volume, formant une tumeur irrégulière, ne présentant toutefois que des signes d'une inflammation subaiguë, avec rougeur manifeste surtout à la partie externe et supérieure ; un empâtement assez étendu et une douleur peu vive. Il n'y a pas de noyau induré, de plaques cutanées amincies, de fluctuation bien évidente en un point quelconque de la peau ; mais, au contraire, le sein est ferme, tendu,

soulevé, et donnant une sensation analogue à celle d'une vessie pleine d'eau. Une incision profonde est pratiquée sur le côté externe et donne issue à un flot de pus crémeux ; une mèche est introduite et un cataplasme appliqué sur le sein.

21 mars. — Les parois de l'abcès sont recollées et il ne reste plus qu'une petite plaie d'où s'élèvent des bourgeons charnus que l'on réprime avec du nitrate d'argent. Le 25, la cicatrice est complète, la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VIII

Maladies du sein de Velpeau.

Une domestique, âgée de 21 ans, bien constituée, est reçue à l'hôpital le 18 septembre 1843. Enceinte de sept mois et demi, elle souffre de la mamelle droite depuis quelques jours, sans savoir au juste depuis quand et sans pouvoir indiquer la cause de son mal. On observe à l'endroit sensible une tuméfaction avec rougeur mal circonscrite qui est le siège d'une grande chaleur, de pulsations, d'une douleur sourde. Aucun soulèvement de la mamelle ne peut être constaté ; c'est en bas et en dehors que la tumeur existe ; la fluctuation y est évidente ; on en pratique immédiatement l'incision et il en sort un pus de bonne nature. Charpie entre les bords de la plaie, cataplasme émollient.

Le quatrième jour, une contre-ouverture, rendue nécessaire par la stagnation du pus au-dessous de la première incision est pratiquée. A partir de ce moment, le foyer se détergè rapidement. Dans les premiers jours d'octobre, un accouchement prématuré a lieu sans accident,

Les suites de couches n'offrent rien de remarquable, ne troublent en aucune façon la guérison de l'abcès du sein, de telle sorte que cette femme peut sortir de l'hôpital le 16 du même mois.

OBSERVATION IX

Maladies du sein de Velpeau.

Pauline, 20 ans, domestique, entrée à la clinique le 14 avril 1835, s'est heurtée le sein droit contre un morceau de bois il y a vingt-quatre jours. La douleur, d'abord légère et momentanée, se raviva trois ou quatre jours après ; la malade en y portant la main reconnut un peu de dureté à la partie inférieure et interne de la mamelle qui n'était d'ailleurs encore ni rouge ni gonflée. Aucun traitement ne fut employé pendant huit jours ; le mal continuant, la jeune femme crut devoir essayer un élixir dont elle ne peut indiquer le nom. Aujourd'hui toute la moitié inférieure du sein est notablement gonflée, douloureuse.

Empallement en dehors de la partie rouge, élancements fréquents ; aucune apparence de fluctuation. Les mamelles sont plus développées que dans l'état normal ; la femme est enceinte de sept mois (vingt-cinq sangsues, cataplasmes).

Le 20 avril. — La tumeur est ramollie, fluctuante, on l'incise à trois centimètres au-dessous du mamelon ; il en sort beaucoup de pus épais, bien lié.

Le 23. — Le sein a repris une partie de sa souplesse.

Le 23. — L'inflammation se ranime, la peau rougit de nouveau, s'amincit ; les bords de l'incision sont durs et engorgés. On ne peut attribuer ce nouvel orage qu'à une fausse position de la femme qui s'est tenue un jour et une nuit couchée sur le côté malade. Le 29, le sein est gonflé, tendu ; la suppuration semble tarie (saignée du bras, topiques émollients).

Le 30. — Le sang tiré la veille est couenneux; tous les accidents sont amoindris ; la suppuration a repris de l'abondance ; un nouvel abcès s'établit.

5 mai. — Le nouvel abcès, placé en dedans du sein, semble diminuer et le tout paraît vouloir se réduire à un petit foyer superficiel situé à deux centimètres en dehors de la première incision qui ne communique point avec lui et qui continue de fournir beaucoup de pus.

7 mai. — Le petit foyer externe s'est ouvert de lui-même ce matin ; le pus en est louable, assez abondant. Un abcès pareil se montre en dedans de la première ouverture sous forme d'une petite bosselure dont le sommet est fortement aminci.

10 mai. — L'abcès interne s'est ouvert spontanément comme l'abcès externe. On sent un nouvel engorgement

profond, circonscrit, qui s'établit à la partie interne et inférieure du sein.

16 mai. — L'inflammation a évidemment gagné les brides cellulo-fibreuses interlobulaires de la mamelle qui se présente alors toute bosselée, dure sur certains points, comme ramollie dans d'autres. Cependant aucun abcès nouveau ne survient.

24 mai. — Les deux petits abcès latéraux sont cicatrisés ; il ne reste plus que quelques bosselures à la partie inférieure et interne du sein. On leur oppose des onctions avec de la pommade d'iodure de plomb.

Le 2 juin. — La première plaie est cicatrisée, le sein a repris sa souplesse. Il n'y a plus de douleurs et la malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION X

Cliniques de Velpeau.

Abcès multiples du sein droit pendant la grossesse chez une primipare. — Mort. — Autopsie.

Le 22 novembre 1837, est entré à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Catherine, n° 5), la nommée C... Athalie, âgée de 19 ans.

Cette jeune femme, d'une constitution un peu lymphatique a toujours joui jusqu'à ces derniers temps d'une santé parfaite.

Réglée à l'âge de 15 ans, elle n'a cessé de l'être que depuis environ huit mois, époque où elle est devenue enceinte. Les six premiers mois de sa grossesse n'ont exercé aucune influence sur sa santé ; au dire même de la malade, son embonpoint aurait augmenté pendant ce temps, malgré les soucis que lui causait son état. Il ne devait plus en être ainsi. A cette époque, elle aperçut sur son sein droit une tumeur un peu douloureuse. Ne pouvant en reconnaître la cause, elle l'attribua d'abord à sa grossesse ; mais voyant ensuite que le sein du côté opposé avait un volume moins considérable et que les douleurs augmentaient chaque jour, elle entra à l'hôpital vers la fin du mois d'août 1837.

L'état général de la malade était alors très satisfaisant ; ses chairs étaient fermes et colorées ; elle se disait enceinte de six mois. Le sein gauche était à l'état normal, mais à la partie inférieure et externe du sein droit, on observait une tumeur du volume d'un œuf de poule, avec rougeur et amincissement de la peau et douleurs assez vives à la pression. La fluctuation était évidente. A ces signes, à la situation et à la forme bosselée que présentait cette tumeur, M. Velpeau reconnut un abcès de la glande mammaire. Une incision est immédiatement pratiquée : elle donne issue à une assez grande quantité de pus. En pressant le sein en divers sens, on voit que plusieurs foyers communiquant entre eux existent dans la glande ; il est dès lors prévu que la maladie sera longue et que, peut-être, entretenue par l'état de grossesse, elle se prolongera jusqu'à l'accouchement. Une mèche

de charpie est introduite entre les lèvres de la plaie et le sein est couvert d'un cataplasme de graine de lin.

Les jours suivants, deux autres petits abcès se développent autour du foyer principal. Ils sont ouverts aussitôt et on les panse de la même manière.

Après vingt jours de traitement, la maladie semblait marcher vers la guérison, lorsque C... fut obligée de sortir de l'hôpital pour quelques jours.

Elle ne rentra que le 10 octobre. La maladie était devenue sérieuse. Le foyer s'était enflammé ; de nouveaux abcès s'étaient formés sur d'autres régions du sein ; la mamelle en un mot avait été envahie presque en totalité par la maladie. Trente sangsues : cataplasmes émollients.

Le 17. — L'inflammation a diminué considérablement, la suppuration est moins abondante. M. Velpeau fait appliquer une compression modérée que l'on continue jusqu'au 4 novembre. La malade était alors dans un état assez satisfaisant, le volume du sein avait considérablement diminué. La suppuration s'affaiblissait de jour en jour et tout portait à penser que C... était à l'abri de tout accident sérieux à ce sujet, lorsqu'elle voulut sortir de nouveau de l'hôpital, promettant d'ailleurs de rentrer s'il survenait de nouveaux accidents et se proposant du reste de suivre un régime chez elle.

22 novembre. — Elle rentra ; mais alors la scène avait changé ; la maladie avait revêtu un caractère de gravité ; l'inflammation était à son summum d'intensité ; la suppuration était très abondante ; la malade était faible et en proie à une toux fréquente. Trente sangsues sur la partie enflammée ; cataplasmes de farine de lin.

Les jours suivants, ces symptômes augmentent et inspi-

rent des craintes. Le ventre est libre ; le 27 la malade se sent plus faible ; elle est pâle, comme bouffie. Le pouls devient petit, mais sans fréquence ; les extrémités supérieures et inférieures s'infiltrent.

Les jours suivants, l'infiltration devient générale ; les membres ont presque doublé de volume. A la visite du 8 décembre, la malade se plaint de violentes coliques qu'elle éprouve de temps à autre depuis cinq heures du matin ; elle prétend même avoir eu une perte par le vagin.

M. Velpeau pratique le toucher, constate que le col est complètement effacé et annonce que l'accouchement se terminera bientôt. A trois heures de l'après-midi, la malade fut délivrée avec un peu de difficulté, sans accidents néanmoins pour elle et pour l'enfant.

Le 9. — L'état général offre de vives inquiétudes ; la nuit s'est passée sans sommeil ; peau chaude, pouls petit et fréquent, langue limoneuse ; l'infiltration a persisté au même degré ; il y a un peu de désordre dans les idées.

Le 10. — Les accidents généraux ont redoublé d'intensité. La malade est immédiatement transportée dans le service de M. Rayer et succombe le 11 à 5 heures du soir.

Autopsie quarante heures après la mort. — La matrice ne présente aucune trace d'inflammation ; elle est revenue sur elle-même et est logée presque en entier dans le petit bassin.

Les reins ne présentent aucune altération. Un peu de sérosité blanchâtre est contenue dans la cavité du péritoine, mais cette membrane n'offre aucune trace d'inflammation. Tous les autres organes sont à l'état normal.

A la partie inférieure des parois abdominales, on constate

un phlegmon très étendu qui n'était point encore arrivé à la période de suppuration.

Le sein malade examiné avec soin a confirmé de tous points l'opinion que M. Velpeau avait émise sur le siège précis de l'abcès. Toute l'épaisseur de la glande est parcourue par des trajets plus ou moins étendus qui font communiquer douze ou quinze petits foyers, dont les deux principaux s'ouvrent à l'extérieur par une ouverture peu considérable.

CONCLUSIONS

1° Les abcès du sein pendant la grossesse ont été étudiés particulièrement par Velpeau.

2° Ces abcès sont rares et reconnaissent des causes multiples : ulcérations et crevasses du mamelon ou de l'aréole, eczéma, gale, etc.. Ils peuvent parfois être rapportés à un traumatisme.

On les observe beaucoup plus fréquemment chez les primipares que chez les multipares.

3° On rencontre le plus souvent l'abcès sous-cutané ou l'abcès glandulaire. On se trouve rarement en présence du phlegmon rétro-mammaire ou de la mastite diffuse.

4° Ces abcès ont la même anatomie pathologique que les abcès du sein post-puerpéraux.

5° Ils se caractérisent par une marche très lente,

et une suppuration persistant le plus souvent jusqu'à la fin de la grossesse.

6° Leur pronostic est bénin, et le traitement doit être à la fois prophylactique et curatif.

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ARBEL. — Contribution à l'étude de la galactophorite. Th. doctorat, 1890.

ARTHUIS. — Du phlegmon et des abcès parenchymateux de la mamelle. Th. doctorat, 1876.

BENNIZON. — Etude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire. Th. Paris, 1884.

BERTHUS. — Th. Genève, 1894.

BOUCHACOURT. — Maladies des mamelles dans leur rapport avec la lactation et l'allaitement. Dict. encyclop. des sc. médic. Paris, 1871.

BOUTET. — Des abcès du sein pendant la grossesse. Th. Paris, 1894.

BRÉAL. — Contribution à l'étude de la galactophorite. Th. Paris, 1899.

BUDIN. — Leçons cliniques, 1888.

BUDIN ET CHAVANNE. — Bulletin de l'Académie de médecine, juillet 1892.

BUMIN. — Sammlung Klin. Vortrage.

CATALIOTTI. — De la galactophorite. Th. 1889.

CHASSAIGNAC. — Gazette médicale de Paris, 1855.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.

Escherich. — Bactériologische untersuchungen uber Franemlich. Forschritte der medicin, n° 8, 1885.

Franquet. — De l'influence de la grossesse sur le développement et l'évolution des abcès du sein. Th. Paris, 1880.

Köstlin. — Beitrage zur Frage des Keimgehaltes der Franemlich und zur atiologie des Mastitis, 1898.

Merritt. — Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein. Th. Paris, 1887.

Monnier. — Essai sur la pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux. Th. Paris. 1891.

Pingat. — De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement. Th. Paris, 1891.

Ricard. — Etude sur certains abcès du sein pendant la grossesse. Th. Paris, 1880.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements.

Velpeau. — Traité des maladies du sein, Paris, 1858.

— Cliniques chirurgicales. T. II.

Imprimerie de la Faculté de Médecine. H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.